

Hemodiyaliz Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Gözden Geçirme

Mehpare KAYA AKI¹, Yurdanur DEMİR D KMEN²

ÖZET

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), böbrek fonksiyonlarının ileri derecede bozulması ile karakterize olan, tüm organ ve sistemlerin işlevini etkileyen bir hastalıktır. KBY’de en önemli Renal Replasman Tedavi (RRT) seçeneği hemodiyaliz (HD) olmakla birlikte, bu tedavi seçeneği hasta ve ailesinin hastalığa özgü birçok sorunla karşılaşmasına neden olmaktadır. HD tedavisi alan hastalar evde aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır. Bu açıdan, hastanın yaşamı sorunlardan hasta ile aynı evde yaşamayan bu bireyler de büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu durumda da, HD tedavisi alan hem hastaların hem de ailelerinin rehabilitasyonuna yönelik çalışmaların yapılması önem kazanmaktadır. Sağlık ekibi içerisinde önemli bir yere sahip olan hemşirelik mesleğinin amacı; birey, aile ve topluma kaliteli hizmetler arasında bir süreç içinde, sağlıklı yaşamı geliştirmeye, hastalıkları önleyici, yaşam deneyimleri sağlamak ve hem hasta bireyin hem de yakınlarının kendi potansiyellerini arttırmalarına yardımcı olmaktır. Günümüzde hasta bakım ekibi içerisinde ailenin de yer alması gerektirir kaçınılmaz olup, hemşireliğin holistik yaklaşım çerçevesinde; hasta ve primer bakım vericinin birlikte değerlendirilmesi ve bu konuya yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği; hemodiyaliz; aile; bakım yükü.

A Review On Caregiver Burden and Quality of Life of Primary Family Caregivers for Hemodialysis Patients

ABSTRACT

Chronic Kidney Failure (CKF) is a disease characterized by progressive loss in renal function and affects the functions of all organs and systems. Although the most crucial renal replacement treatment (RRT) option for chronic kidney failure is hemodialysis (HD), it causes many problems for the patient and the patient’s family specific to the disease. Patients undergoing HD treatment live at home with other family members therefore the members living in the same home with the patient are extremely affected from the problems experienced by the patient. Working on rehabilitation of patients undergoing HD treatment and their family members is crucial. The purpose of the profession of nursing which has an important part in the medical team is to provide experiences to the individual, family and the community that will develop health and prevent diseases in an interpersonal manner and to help support the development of both the patient’s and the family members’ potentials. Today it is imperative to include the family in patient care and to provide assessment that will involve both the patient and the primary care giver and to provide rehabilitation services regarding the issue in the holistic framework of the nursing profession.

Keywords: Chronic kidney failure; hemodialysis; family; care burden.

GİRİŞ

Tıp alanındaki teknolojik gelişmelerle birlikte yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların insidansında artışı beraberinde getirmiştir (1,2). Kronik hastalıklar; çoğu kez vücutta kalıcı hasar bırakan, yavaş ilerleyen ve devam eden, olumsuzunda sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol aldığı hastalıklar olarak bilinmektedir (3). Centers for Disease Control and Prevention (CDC-2004) raporuna göre, Amerika’da yaşamı nüfusun %80’inde bir kronik hastalık olduğu ve hastaların %50’sinin de ikinci bir kronik hastalığa sahip olduğu bildirilmektedir (4). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2005 verilerine göre, kronik hastalıklar tüm ölümlerin %60’ından sorumludur. Yine 2005 yılı içinde dünyada 35 milyon insan kronik hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmiştir (5).

Kronik hastalıklar uzun süreli kontrol ve bakım gerektiren, geriye dönüşümsüz değişimlere yol açabilen, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma; hasta, ailesi ve ülke açısından da sosyal ve ekonomik birçok sorunlara yol açabilen

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

² Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu

Correspondence: Mehpare KAYA AKI, e-posta: mehparekaya@gmail.com

hastalıklardır (6,7). Kronik hastalıklara paralel olarak ya anan bu sorunlar, hem hasta, hem de hasta ailesi için bir takım sıkıntı ve kısıtlamalara neden olabilmektedir. Nitekim hasta ve ailesi uzun süreli hastalıkla yaşamalarını devam ettirmeye çalışırken, karlı tıkları sosyal ve psikolojik zorluklar ile baş etmeye çalışmaktadır (8,9). Kronik hastalıkta özellikle kişisel hijyen, kişisel iletişim, beslenme, uyku, çalışma gibi günlük yaşam aktivitelerinin karlılanmasında bireyin başlılı artmakta, dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede başkalarının yardımına gereksinimi ortaya çıkmaktadır (9-11).

Kronik hastalıkların önemli bir sonucu da hastanın ailesinde kriz yaratmasıdır. Biyopsikososyal olarak ölüm ve ölüme verilen tepkilere benzer tepkiler kronik hastalıklarda da bireyler tarafından verilmektedir. Bunlar; basit olarak, yadsıma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabuldür. Hasta bireyin yaşamı bu amaçları aileler de yaşam ve benzer tepkiler verebilirler (12,13).

Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik hastalıklar içinde yer alan kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomeruler filtrasyon de erinde (GFD) azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanmaktadır (14,15). Tüm dünyada 2004 yılı verilerine göre 1.783.000 KBY hastası olduğu bildirilmektedir ve yine 2004 yılı sonu itibarıyla Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) prevalansı milyon nüfus başına Kuzey Amerika'da 1.505, Japonya'da 2.045, Avrupa'da 585, Asya'da 70 (Japonya hariç), Afrika'da 70, Latin Amerika'da 380 ve Ortadoğu'da 180 olarak bildirilmektedir (16). Ülkemizde ise Türk Nefroloji Derneği (TND) 2011 verilerine göre, renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren SDBY nokta prevalansı milyon nüfus başına 809 olup RRT alan toplam SDBY hasta sayısı 60.443'tür. Yine aynı raporda RRT insidansı ise 236'dır. Ülkemizde 2011 yılı sonu itibarıyla HD tedavisi alan yetişkin ve çocuk hastaların toplam sayısı 49.404 olup, düzenli periton diyalizi tedavisi alan yetişkin ve çocuk hastaların toplam sayısı 5.105'tir (17).

Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi

KBY'nin standart bir tedavi ekli olmamakla birlikte tedavide amaç potansiyel olarak geri döndürülebilir sebepleri kontrol etmek, böbrek fonksiyon bozukluğunu artıran faktörleri kontrol altına almak ve olabilecek komplikasyonları önleyerek yaşam kalitesini ve süresini artırmaktır. KBY tedavisi konservatif tedavi ve RRT olarak iki ana grupta incelenir (3,14).

KBY'de konservatif tedavinin amacı, hastalığın diyaliz ya da transplantasyon gibi tedavilerine gereksinim gösteren SDBY'ne ilerlemesini yavaşlatmak ve ortaya çıkan üremik komplikasyonları önlemek, azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (3,14).

KBY'nin konservatif tedavisinde öncelikle nefrotoksik ilaçların kesilmesi, hipo-hipertansiyon, anemi, sıvı-elektrolit dengesizliği, üriner sistem taları, kalp yetmezliği gibi predispozan nedenlerin saptanması ve ortadan kaldırılması gerekir. Ayrıca hastaya proteinden, tuzdan ve

kolesterolden fakir diyet önerilir. Aldığı sıvı miktarını izlemi ile sıvı alımı düzenlenir (5,12,14). Konservatif tedavi ile üremik belirti ve bulguların kontrol edilemediği hastalarda, diyaliz ya da transplantasyon uygulanarak RRT yapılmalıdır (14).

KBY'nin üç önemli RRT seçeneği HD, periton diyalizi ve transplantasyondur. Transplantasyon olana kadar hastalar, diyaliz tedavisi görmekte olup, en sık uygulanan yöntem ise HD tedavisidir. TND 2011 verilerine göre, HD ülkemizde en sık uygulanan RRT (%82,3) yöntemidir. HD tedavisi alan bu hastaların %91,3'ü haftada üç, %7,1'i haftada iki ve %0,9'u da haftada bir kez HD tedavisi almaktadır (17). Ayrıca, Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında HD tedavisi alan hasta popülasyonu en fazla olan beşinci ülkedir (18).

Hemodiyaliz Tedavisi

HD; kanda biriken metabolik atık ve toksik maddelerin, yarı geçirgen bir membran aracılığıyla ve makine yardımı ile diyaliz solüsyonuna ozmoz, difüzyon ve ultrafiltrasyon ilkeleri doğrultusunda geçmesi ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir (12,18,19). HD tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetle aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez, 4-6 saat süre ile uygulanır (6,20). HD'nin başlıca hedefleri üremik semptomları hafifletmek, majör organ ve sistemlerin disfonksiyonunu azaltmak, yaşam kalitesini korumak ve artırmak, mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktır (19).

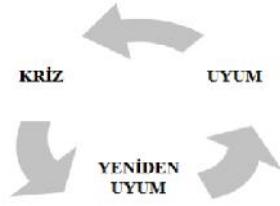
Hemodiyaliz Tedavisi ve Aile

HD tedavisi, hastaların yanı sıra hasta ailelerini de sosyal, ekonomik, psikolojik boyutlarda etkileyebilmektedir (6,12,18,21). Aile; kan, evlenme veya evlat edinme yoluyla birbirlerine bağlı, aynı evde yaşamayan, aynı geliri paylaşan, çeyrekli roller çerçevesinde birbirlerine etki yapan insanlardan meydana gelmiş topluluk olarak tanımlanmaktadır (22). Ailenin tanımından da anlaşılacağı gibi aile üyeleri sürekli birbirleri ile etkileşim halindedir (23).

Bilindiği gibi aile, kendi içinde bir homeostazisi olan bir sistemdir. Bunun için de aileler, iletişim örüntüleri, sınırlar, rol esnekliği, alt sistem ittifakları ve aile kuralları çerçevesinde kendilerine özgü ve birbirinden farklı tarzlar geli tirirler. Ailenin bir üyesinde ciddi bir hastalık oldu unda, ailenin homeostatik dengesinde bir değişim meydana gelir. Böyle bir durumda, sistem yeni duruma uyum sağlamak için ilimine girer ve ailenin duygusal enerjisi, sistemin dengesini yeniden kurmaya yönlendirilir (24). Dolayısıyla, aile üyelerinin rolleri ve sorumlulukları hastalık sürecinden olumsuz etkilenir. Ya anan bu hastalık aile sisteminin ini levselli ini olumsuz etkileyebilir ve bu durum da hastanın yaşam kalitesini ciddi oranda bozabilir (23-25). Ülkemizde Hacimusalar ve Karata (6), HD uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşamı sorunların belirlenmesi amacı ile yaptıkları ara tırmalarında, bakım verme sürecinde hasta yakınlarının %62,6'sının fiziksel sağlığının olumsuz etkilendiğini, %58,5'inin ise yorgunluk ve halsizlik yaşamı ifade etmişlerdir.

Ara tır (26), HD tedavisi gören hasta ve yakınlarında

tükenmişlik durumu ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini incelediği çalışmada, hastanın yaşamı sorunların hem hastayı hem de hasta yakınlarını etkilediğini, buna karşılık hasta yakınlarının davranış ve tutumunun da hastayı olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Nitekim Rolland (1994) tarafından aile sistemleri hastalık modeli, kronik hastalık ve yeti yitimiyle karşılaşmaya kalan aileleri de erlendirmek ve bunlara müdahale edebilmek için bir çerçeve sunmaktadır (11,23). Bu model, aile sistemleri teorisinin yanı sıra, aile uyum yanıtı modeline dayanmaktadır (27). Bu modele göre aileler; hastalığın getirdiği değişimler ve normal yaşam döngüsü geçişlerine yanıt olarak, tekrarlayan uyum-kriz-yeniden uyum döngülerine girer (23).



ekil 1. Aile Sistemleri Hastalık Modeli (28)

Bu model zaman içinde değişimlere uygun olarak hastalık ve aile arasındaki sistemik etkileşimleri temel almaktadır. Bu modelde üç boyuttan söz edilmektedir. Bunlar; (A) hastalığın psikososyal türü, (B) hastalığın içinde bulunduğu dönem ve (C) aile ve sistem değişkenleridir (28). Bunun yanında hem birey kuramcılardan Neuman, bireyi dinamik bir yapı olarak; fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel örüntülerle; çevresiyle ve ailesiyle etkileşim içinde bir varlık olarak tanımlamaktadır. Açık sistemler kavramı ve holistik yaklaşımı bir arada kullanarak, bireye bütüncül yaklaşılması gerektiğini ve insanların sürekli çevreleriyle etkileşim ve iletişim halinde olduğunu desteklemektedir (29). Buna göre, kronik hastalığa uyum sağlayan aileler; kendi duygularının farkındadırlar. Olayları gerçekçi şekilde değerlendirebilirler. Evli olanlar, evliliklerinden doyum sağlar, hastanın sınırlılıklarını kabul eder ve güçlü yönlerini destekleyerek toplumda belli bir yer edinmesini kolaylaştırırlar. Kronik hastalıkla baş etme güçleri ve destek sistemleri yetersiz olan ailelerde ise; uyum bozuklukları, psikosomatik rahatsızlıklar, olayları gerçekçi şekilde görememe, aile çatışmaları, öfke, depresyon, suçluluk, suçlanma, sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı gibi problemlere sık rastlanmaktadır (30).

Ailelerin Bakım Yükü

Bakım veren "hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere yardım eden ya da yardımcı düzenleyen kişilerdir" (31). Bakım veren yükü ise; bir bakışın bakımına gereksinim duyan, yetersizliği olan bir bireye bakım verenlerin yaşamı, fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak tanımlanmaktadır (32). Bu konuda çalışan araştırmacılar, bakım verenlerin yaşam yükleri farklı boyutlarda incelemleridir. Tüm bu boyutlar genellikle bakım verenin sağlık durumuna, finansal zorlanma durumuna, sosyal aktivite kısıtlılığına, davranış bozukluğu olan hastaya karşı

verilen duygusal tepkilerine ve psikolojik iyi olma haline odaklanmıştır (7).

Kronik hastalıkların birçok unda olduğu gibi KBY'de de yaşam süreçleri, hem hasta hem de hasta ailesini olumsuz etkilemektedir. Buna karşın konu ile ilgili literatür incelendiğinde, HD hastalarına bakım veren aile üyelerinin sorunlarını ve yaşam kalitelerini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (1,13,25,26,33-40).

Japonya'da Shimoyama ve arkadaşları (9), periton diyaliz tedavisi alan hastaları ve onların bakım vericilerinde yaşam kalitesi ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastalara bakım veren primer bakım vericilerin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu, bakım vericilerin genellikle daha yaşlı bireylerden oluştuğunu ve bakım veren bireyin yaşamın ilerlemesiyle yaşam kalitesinin de düşüştüğünü bildirmişlerdir. Brezilya'da Belasco ve Sesso (35), HD hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, bakım veren aile bireylerinin bakım yüklerinin yüksek ve yaşam kalitelerinin ise düşük olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada evlilikle birlikte olan bakım vericilerin, bakım yüklerinin daha fazla olduğunu bildirilmiştir. Bununla birlikte; hasta ve bakım vericinin yaşam kalitesindeki düşük skorların daha az bakım yüküne neden olduğunu ifade edilmiştir.

Einollahi ve arkadaşlarının (36) İran'da Böbrek transplantasyonu hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmalarında, böbrek transplantasyonu hastalarının bakım vericilerinde bakım rolünün yüküne sebep olduğunu, bu yükün evlilikle birlikte olma ve düşük öğrenim düzeyi ile yakından ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmalarında profesyonel evde bakım hizmetlerinin, bakım vericinin bakım yükünü azalttığını ifade etmişlerdir. Wicks ve arkadaşları da (37), Amerika'da SDBY olan hastaya bakım verenlerin subjektif bakım yükü ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında bakım verenlerin bakım yükünün hasta yaşam kalitesi ve bakım verenin genel sağlık durumu ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Yine Amerika'da Snyder'ın (38) bakım veren ile bakım alan arasındaki subjektif yük-memnuniyet ilişkisini inceledikleri benzer bir çalışmada, hastanın yaşam kalitesinin ve bakım verenin sağlık durumunun bakım yükü için önemli belirleyici olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada, bakım vericilerin sahip olduğu diğer rollerin de bakım yükünü artırdığını ifade edilmiştir. Shyu ve arkadaşları (39) da Çin'de bakım verici aile bireylerinin gereksinimleri karşılamada bakım verme becerileri konulu yaptıkları çalışmada, bakım verici aile bireylerinin bakım vermek adına kendi gereksinimlerini ve kariyer planlarını gerçekleştiremediklerini aynı zamanda ev içinde başka bireylerin bakımını ve evin işlerini yüklediklerini dolayısıyla bakım vericilerin rol çatışması yaşamı ifade etmişlerdir.

Ülkemizde; Arıkan ve Can (25), HD hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının sorunları ile tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında, hastalarına bakım veren aile bireylerinin psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden desteklenmeye gereksinimleri olduğunu vurgulamışlardır.

Ya am Kalitesi

Ya am kalitesi; DSÖ'ne göre "kiinin ya adı ı kültür ve de er sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ili kili olarak ya amdaki pozisyonunu algılaması" ekinde tanımlanır. Kiinin fiziksel sa lı ı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ili kileri ve çevresiyle ili kisinden karma ık bir yolla etkilenen geni bir kavramdır (41,42). Sa lıkla ili kili ya am kalitesi ise; esas olarak kiinin sa lı ı tarafından belirlenen, klinik giri mlerle etkilenebilen genel ya am kalitesinin bir bile enidir. Kiinin, hastalı ı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladı ı ile ili kilidir (42).

Hemodiyaliz ve Ya ama Kalitesi

SDBY nedeniyle hastanın HD tedavisine ba laması; hastanın ve ailesinin ya am tarzında de i ikliklere neden olmaktadır. Hasta ile birlikte aile üyelerinin de sosyal ya amları bozulmakta ve ya amları diyaliz seanslarına göre ayarlanmaktadır. Üstelik i levsel ba ımsızlıklarını kaybeden hastaların aile üyelerine daha fazla görev dü mektedir. Oysa aile üyelerinin kendilerinin de sa lık konularında ve sosyal açıdan deste e ihtiyaçları olabilmektedir (33).

Bakım verme sorumlulu u, aile üyeleri arasında nadir olarak e it payla ılır. Ailede genellikle bir primer, bir ya da daha fazla sekonder bakım veren bulunmaktadır. Daha çok e durumundaki bireyler kronik hastalıklı bireyin primer bakımını üstlenmi tir (43,44). Rideout ve arkadaş larının (46) Stres, Sosyal Destek ve Hasta E lerinde Depresyon Belirtileri konulu 40 çiftle yaptıkları çalı malarında; e lerin %20'sinde ciddi depresif belirtiler saptamı tır. Ülkemizde; Göker ve Soykan'ın (34) HD Hastaları ve E lerinde Psikiyatrik Morbidite ve Ya am Kalitelerini incelemek amacı ile yapmı oldukları çalı mada da e konumundaki bakım vericilerin %28,3'ünde bir psikopatoloji saptanmı tır. Keçecio lu ve arkadaş ları (40), HD ve kronik ambulator periton diyalizi (CAPD) tedavisi gören hastalar ile bakım veren hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve ya am kalitesi düzeyini inceledikleri çalı malarında, CAPD ve HD tedavisi alan hastalar ile bu hastaların yakınlarında depresyon görülme sıklı mının normal popülasyona göre yüksek oldu unu belirtmi lerdir. Yine aynı çalı mada HD hastalarının ve yakınlarının bir tedavi merkezine ba ımlı olmaları nedeniyle, CAPD hasta ve hasta yakınlarına oranla ya am kaliteleri dü ük bulunmu tur.

HD tedavisinin hasta ve ailesini do rudan etkiledi i bilinmektedir. HD tedavisi gören SDBY hastasıyla ya amak ve ona bakmak tüm aile için zorluklar yaratmakta, kronik hastalık ailenin hasta üyesinin taleplerini artırırken, yeni roller ve ya am tarzı de i ikliklerini beraberinde getirmektedir (9). Hastaya bakım veren ki ilerinin ruhsal durumunu; sosyal aktivitenin kaybına ba lı izolasyon, i yükünde artma ve hastalı a ba lı ekonomik güçlükler olumsuz yönde etkilemektedir.

SONUÇ VE ÖNER LER

Günümüzde hasta bakım ekibi içerisinde ailenin de yer alması gere i kaçınılmaz olup, hem ireli in holistik yakla ımı çerçevesinde; hasta ve primer bakım verici

birlikte de erlendirilmelidir. Primer Bakım Vericiler; KBY tedavisi alan bireylerin sınırlılıkları nedeni ile hastalı ın tanı evresinden, tedavi sürecinde ve evde bakımın sürdürülmesine kadar her süreçte sa lık ekibi ile yakın ileti im içerisinde olmak zorundadır.

Hem irelik mesle inin amacı; birey, aile ve topluma ki iler arası bir süreç içinde, sa lı ı geli tirici, hastalıkları önleyici, ya am deneyimleri sa lamak ve hem hasta bireyin hem de yakınlarının kendi potansiyellerini arttırmalarına yardımcı olmaktadır (45). Özellikle kronik hastalık bakımında hem ire bu sürecin ayrılmaz bir bütünü olan hasta yakınları için de hasta-aile grup toplantıları, kendi kendine destek grupları ve e itim programları ile hastaya ve ailesine hastalı ın ayrıntılarıyla anlatılması, hastanın içinde bulundu u ya am ko ulları göz önüne alınarak olumlu bir rehabilitasyon programı ba latılması, hastanın ve ailenin destek sistemlerini fark etmesini sa layarak hasta ve ailesinin depresyona/umutsuzlu a girmesini engelleyebilir ve böylece hasta ve ailenin gelece e daha umutla bakmasını sa layabilir.

Sonuç olarak hem irelik mesle inin bütüncül yakla ım çerçevesinde, hasta ve ailesini birlikte de erlendirilmesinin, hem hastanın hem de bakım verenin sorunlarının azaltılmasına yardımcı olaca ı dü üntülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aydemir Ç, Kasım , Cebeci S, Göka E, Tüzer V. Kronik Böbrek Yetmezli i Hastalarının Yakınlarında Ya am Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*. 2002; 10(2): 29-39.
2. Yurtsever S, Bedük T. Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunlu un De erlendirilmesi. Hem irelikte Ara tırma Geli tirme Dergisi. 2003; 2: 3-12.
3. Birol L, Akdemir N, Bedük T. ç hastalıkları Hem ireli i. Ankara: Vehbi Koç; 1993.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. United States: Revisions to Chronic Disease Surveillance Indicators; 2004 [cited: 20.03.2011]. Available from: www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jul/05_0003.htm.
5. World Health Organization (WHO) [Internet]. Preventing Chronic Diseases a vital investment; [cited: 21.03.2011]. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_en.pdf.
6. Hacimusalar GD. Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Bakım Sorumlulu unu Üstlenen Yakınlarının Ya adı ı Sorunların Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Erciyes: Erciyes Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
7. Deeken JF, Taylor KV, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003; 26(4): 922-53.
8. Newby NM. Chronic Illness and The Family Life-Cycle. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23: 786-91.
9. Shimoyama S, Hirakawa O, Yahiro K, Mizumachi T, Schreiner A, Kakuma T. Health-Related Quality of Life and Caregiver Burden Among Peritoneal Dialysis Patients and Their Family Caregivers in Japan. *Peritoneal Dialysis International*. 2003; 23: 200-5.
10. Ceylan B. izofreni ve Kronik Böbrek Yetmezli i Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olamayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Kar ıla tırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

11. Chronic hemodialysis patients' quality of life to the subjective burden on the family caregivers [Internet]. [cited: 09.09.2010]. Available from: www.faculty.ksu.edu.sa.
12. Asan T. Kronik Böbrek Yetmezli i Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin De erlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. stanbul: Haliç Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
13. Ziegert K. Livet i Skuggan av Dialys-Beskrivning av Anhörigas Vardag. Socialmedicinsk tidskrift. 2007; 84(3): 239-46.
14. Kokko J. Chronic Renal Failure. In: Wyngaarden JB, Smith LH, editors. Cecil Textbook of Medicine. 18th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1988. p. 563-8.
15. Tisher CC. Structure and function of the kidneys. In: Goldman L, Ausiello D, editors. Cecil Textbook of Medicine. Serhat Ü, çeviri. 22. baskı. stanbul: Güne Kitapevi; 2006. p. 662-9.
16. Grassmann A, Gioberge S, Moeller S, Brown G. ESRD Patients in 2004: Global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. Nephrol Dial Transplant. 2005; 20(12): 2587-93.
17. Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon Registry Raporu 2011. stanbul: Türk Nefroloji Derne i Yayınları; 2012.
18. Ören B. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Ya am Kalitesi ve Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin ncelenmesi [Doktora Tezi]. stanbul: .Ü. Sa lık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
19. Akpolat T, Uta C. Hemodiyaliz Hastalarında Sık Kar ıla ılan Sorunlar. Hemodiyaliz Hem ireli El Kitabı. stanbul: Güzel Sanatlar Matbaası; 2000.
20. Akpolat T, Uta C. Böbrek Yetmezli i: Genel Bilgiler. Akpolat T, Uta C, editörler. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri: Anadolu Yayıncılık; 2001. s. 1-10.
21. Owayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D. Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki li ki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 293-6.
22. Özcanlı D. Kanser Hastasına Bakım Veren E lerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimlerinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
23. Tüzer V. Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yakla ımı. Klinik Psikiyatri. 2001; 4: 193-201.
24. Könezo lu B. Aile ve Ailenin Korunması [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
25. Arıkan E, Can G. Hemodiyaliz Hastalarının Bakımından Sorumlu Hasta Yakınlarının Sorunları ve Tükenmi lik Düzeylerinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. 2009
26. Arat Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmi lik Sendromu, Hasta Yakınlarının Ya am Kalitelerinin De erlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ba kent Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
27. Patterson JM. Chronic illness in children and the impact on families. In: Chilman CS, Nunnally EW, Cox FM, editors. Chronic Illness & Disability, Families in Trouble Series. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988. p. 69-107.
28. Rolland JS. Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. Fam Process. 1987; 26(2): 203-21.
29. Velio lu P. Hem irelikte Kavram ve Kuramlar. stanbul: Ala Ofset; 1999.
30. Yılmaz M. Kronik Böbrek Yetmezli i Tanısı Alan Hasta ve Ailesinin Hastalıkla Ba Etmesinde Hem irenin Rolü. Çınar Dergisi. 2002; 8(2): 29-35.
31. Küçükgüçlü Ö. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumunu için Geçerlilik Güvenirli inin ncelenmesi [Doktora Tezi]. zmir: Ege Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Programı ç Hastalıkları Hem ireli i; 2004.
32. Novian DA. An Investigation of spirituality in caregivers for spouses diagnosed with Alzheimer Disease or Related Disorders [PhD dissertation]. Texas: St. Mary's University, Marriage and Family Therapy; 2007.
33. Eknoyan G, Lameire N, Barsoum R, Eckardt KU, Levin A, Levin N, et al. The Burden of Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Kidney International. 2004; 66: 1310-4.
34. Göker C, Soykan A. Hemodiyaliz Hastaları ve E lerinde Psikiyatrik Morbidite ve Ya am Kalitesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
35. Belasco AG, Sesso R. Burden of Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. American Journal of Kidney Diseases. 2002; 39(4): 805-12.
36. Einollahi B, Taheri S, Nemati E, Abbaszadeh S, Pourfarzani V, Nourbala MH. Burden among Care-givers of Kidney Transplant Recipients and Its Associated Factors. Saudi J of Kidney Dis and Transplant. 2009; 20(1): 30-4.
37. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK. Subjective Burden and Quality of Life End-Stage Renal Disease. ANNA Journal. 1997; 24(5): 64-8.
38. Snyder JR. Impact of Caregiver-Receiver Relationship Quality on Burden and Satisfaction. J. Women Aging. 2000; 12(1-2): 147-67.
39. Shyu YI. Patterns of Care Giving when Family Care Givers Face Completing Needs. Adv Nurs. 2000; 31(1): 646-54.
40. Keçecio lu N, Özcan E, Yılmaz H, Sezer MT, Eryılmaz M, Ersoy FF, ve ark. Hemodiyaliz ve Kronik Ambulatuvar Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalar ve Bu Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Ya am Kalitesi Açısından Kar ıla tırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 1995; (3): 172-6.
41. World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO; 1997.
42. Ba aran S, Güzel R, Sarpel T. Ya am Kalitesi ve Sa lık Sonuçlarını De erlendirme Ölçütleri. Romatizma Dergisi. 2005; 20(1): 55-63.
43. Ya ar F. Kronik Obstrüktif Akci er Hastalı ı olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ba kent Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
44. Given B, Sherwood PR, Given CW. What Knowledge and Skills Do Caregivers Need. American Journal of Nursing. 2008; 108(9): 28-34.
45. Özalın G. Psikiyatri Hem ireli inde Hasta ve Hasta Aileleri. C.Ü. Hem irelik Yüksekokulu Dergisi. 1999; 3(1): 1-8.
46. Rideout EM, Rodin GM, Littlefield CH. Stress, Social Support, and Symptoms of Depression in Spouses of the Medically Ill. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 1990; 20(1): 37-48.